

## ENTREVISTA INICIAL

AÑO 2017

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO: .....

SECCIÓN A LA QUE INGRESA:.....TURNO:.....

DOCENTE.....

Responsable de completar la entrevista.....

### NIÑO

- ¿Cómo lo llaman en la casa?.....
- Fecha de Nacimiento:.....DNI:.....
- Lugar de Nacimiento:.....Nacionalidad:.....
- Dirección:.....Teléfono:.....
- Teléfonos alternativos:.....
- Religión:.....

### FAMILIA

- Nombre del Padre:.....
- Edad:.....Nacionalidad:.....
- Domicilio.....Telefono.....
- Ocupación.....
- Nombre del Madre:.....
- Edad:.....Nacionalidad:.....
- Domicilio.....Telefono.....
- Ocupación.....

### NUCLEO FAMILIAR

- Estado conyugal de los padres.....

- ¿Tiene hermanos?

_Nombre	Edad	Escuela

- ¿Con quién vive el niño/a?.....
- ¿Comparten la vivienda con otras personas?.....
- ¿Qué influencia ejercen?.....
- ¿Con quién queda el niño cuando se ausentan los padres por trabajo o motivos particulares?.....
- ¿Se ha mudado recientemente?.....
- ¿Ha sufrido algún cambio significativo que haya incidido en su conducta?.....  
.....  
.....  
.....

#### ANTECEDENTES EVOLUTIVOS

- ¿Cómo fue el embarazo y el parto?.....  
.....
- Lactancia (pecho, mamadera, duración).....
- ¿Usa o usó chupete?.....¿Hasta que edad?.....
- ¿Se succiona el dedo?.....¿Se come las uñas?.....
- ¿ A qué edad comenzó a caminar?.....
- ¿Observaron alguna dificultad motriz?.....
- En relación con las funciones de vista, oído, respiración y habla ¿ observaron alguna dificultad?.....  
.....  
.....
- ¿Tiene alergias?.....
- ¿Hay algún alimento que no pueda Comer?.....  
.....

- ¿Realizó o realiza algún tratamiento (médico, psicológico, fonoaudiológico, etc.)?.....  
 ¿Cuál?.....  
 ¿Durante que periodo?.....  
 Motivo de la consulta .....  
 .....  
 .....  
 Nombre del profesional:.....  
 Teléfono:.....Mail.....
- NOMBRE DEL PEDATRA DE CABECERA.....  
 Teléfono.....Mail.....  
 Fecha del último control.....

### HÁBITOS

- Sueño: ¿Duerme solo?.....¿Comparte la habitación?.....
- ¿Necesita de rituales para dormir?.....
- ¿Se despierta durante la noche?.....¿Se pasa a la cama de los padres?.....
- ¿Siente miedo?.....¿A qué?.....
- ¿Puede dormir en otro domicilio?.....

### CONTROL DE ESFÍNTERES

- ¿Lo logró?.....¿A qué edad?.....
- ¿Controla esfínteres durante la noche?.....
- ¿Va al baño solo?.....
- ¿Se viste solo?.....¿Lo ayudan?.....

### LENGUAJE Y JUEGOS

- ¿Cómo se expresa? ( gestos, monosílabos, oraciones).....
- ¿A qué edad se expresó claramente?.....
- ¿Tiene problemas de dicción?.....
- ¿Se habla otro idioma en la casa?.....
- ¿Cómo es su juego?.....  
 .....  
 .....

- ¿Con quién juega?.....
- ¿A qué juega?.....  
.....
- ¿Qué momentos comparte con la familia?.....  
.....

RELACIÓN CON LOS PADRES

- ¿Quién ejerce mayor influencia?.....
- ¿Qué actitud asume frente a un mal comportamiento?.....  
.....
- ¿Pregunta acerca de la vida, la muerte, el sexo, etc?.....
- ¿Cómo le respondieron?.....
- ¿Cómo es su hijo?.....  
.....  
.....

OTRAS VINCULACIONES

- ¿Tuvo experiencia previa en otro jardín o guardería?.....
- ¿Cómo fue su adaptación?.....
- ¿Por qué eligió esta institución?(Por recomendación, casualidad, conocimiento previo, cercanía, prestigio).....
- ¿Qué espera que la institución le brinde a su hijo y familia?.....  
.....  
.....

Sólo para turno mañana:

¿Va a concurrir a extensión horaria?.....  
¿qué días?.....

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
Madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
Padre o tutor

FECHA:.....